



MEDICAL COVERAGE INFORMATION
/ ຂ່າວຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມ
ກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບ

ຫ້ອງການບໍລິການຕ່າງໆແກ່ຊຸມຊົນ(CSO/HCS)	ເລກໂທຣະສັບຂອງຫ້ອງການ CSO/HCS	ໝວຍຮວມງານ <input type="checkbox"/> 1. ການສະເໜີສິ່ງຫາຫ້ອງການ DCS ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> a. ຈຳເປັນບໍ່? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. ເຮັດແລ້ວບໍ່? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. ມີເຫດຜົນດີພໍເພື່ອປະກອບ ບສຳນວນກັບDCS/TPL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຊື່ຂອງຂອງລູກສຳນວນ	ເລກໂທຣະສັບຂອງລູກສຳນວນ	
ເລກປະຈຳຕົວລູກສຳນວນ (CLID)	ວັນທີ	

ຂໍ້ແນະນຳຕ່າງໆ: ຂ່າວຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນ: ຈຸດປະສົງຂອງຮ່າງໃບຄຳຮ້ອງນີ້ ກໍ່ເພື່ອຢາກຮູ້ວ່າຖ້າທ່ານມີປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແລະ/ຫລືຈາກແຜນເມດິແຄລຣີ. ທ່ານສາມາດມີປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແລະ/ຫລືເມດິແຄລຣີພ້ອມທັງຍັງຖືກຮັບປະກັນຈາກແຜນເດິເຄດໄດ້ອີກ. ຖ້າທ່ານຫາກຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍເມດິແຄລຣີ ທັງຈ່າຍເງິນໃຫ້ ຄຳປະກັນໄພເອກະຊົນຢູ່, ພວກເຮົາອາດສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການຈ່າຍຄ່າປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານນັ້ນໄດ້. ເພື່ອທ່ານຫາກປະກອບໃບຄຳຮ້ອງນີ້ແລ້ວ, ກະຮຸນາສົ່ງຄືນຫາຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ (CSO/HCS) ໃນເຂດທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະໃຊ້ເຈ້ຽເພີ່ມອີກກໍ່ໄດ້ ຖ້າຫາກຕ້ອງການບ່ອນເປົ່າວ່າງເພີ່ມ. ເພື່ອຂ່າວຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເຮືອງໂຄງການຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຫລືຊ່ວຍເຫຼືອຮ່າງໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ໃຫ້ໂທເລກ **1-800-562-6136**.

A. ທ່ານມີເມດິແຄລຣີບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ຖ້າມີ, ຊື່ຂອງຜູ້ມີເມດິແຄລຣີ _____ ເລກທວງຂອງເມດິແຄລຣີ _____

ຖ້າບໍ່ມີ, ຊື່ຂອງຜູ້ມີເມດິແຄລຣີ _____ ເລກທວງຂອງເມດິແຄລຣີ _____

B. ທ່ານມີການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບແລະແຂ້ວບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ພາຍໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາ ທ່ານມີການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບແລະແຂ້ວບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ນີ້ຮວມທັງການປະກັນໄພທີ່ທ່ານ, ຫລືທີ່ຜູ້ອື່ນຈ່າຍໃຫ້, ເຊັ່ນປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນ, ປະກັນໄພຈາກທາງໂຮງຮຽນ, ການຈ່າຍເພີ່ມເຕີມໃດໜຶ່ງແກ່ເມດິແຄລຣີ, ການປະກັນໄພແບບຮວມກຸ່ມຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ, ເປັນຕົ້ນ. ຖ້າມີ, ໃຫ້ຕື່ມດັ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

ນະໂຍບາຍການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບຫລືແຂ້ວອັນທີ 1			ນະໂຍບາຍການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບຫລືແຂ້ວອັນທີ 2		
ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ			ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ		
ບ່ອນຢູ່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ			ບ່ອນຢູ່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ		
ເລກໂທຣະສັບຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ			ເລກໂທຣະສັບຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ		
ຊື່ຂອງຜູ້ຈອງ	ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ຈອງ		ຊື່ຂອງຜູ້ຈອງ	ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ຈອງ	
ເລກນະໂຍບາຍ			ເລກນະໂຍບາຍ		
ເລກປະຈຳກຸ່ມ			ເລກປະຈຳກຸ່ມ		
ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ/ເລກປະຈຳກຸ່ມ			ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ/ເລກປະຈຳກຸ່ມ		
ຊື່ຂອງສຫະພັນກັມມະບານແລະເລກໂທທ້ອງຖິ່ນ			ຊື່ຂອງສຫະພັນກັມມະບານແລະເລກໂທທ້ອງຖິ່ນ		
ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຜູ້ຈອງ	ວັນທີ່ເລີ່ມເຂົ້າຢູ່ໃນນະໂຍບາຍປະກັນໄພ	ວັນທີ່ສອກນະໂຍບາຍປະກັນໄພ	ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຜູ້ຈອງ	ວັນທີ່ເລີ່ມເຂົ້າຢູ່ໃນນະໂຍບາຍປະກັນໄພ	ວັນທີ່ສອກນະໂຍບາຍປະກັນໄພ

ໃຫ້ລົງບັນຊີລາຍຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍນະໂຍບາຍນີ້:			ໃຫ້ລົງບັນຊີລາຍຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍນະໂຍບາຍນີ້:		
ຊື່	ເລກປະກັນສັງຄົມ	ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຜູ້ຈອງ	ຊື່	ເລກປະກັນສັງຄົມ	ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຜູ້ຈອງ

C. ທ່ານມີການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພໄລຍະຍາວນານບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ຖ້າມີ, ໃຫ້ຕື່ມດັ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້: _____

ມີການຄຸ້ມກັນດູແລຢູ່ບ້ານພັກຜູ້ເຖົ້າບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ມີການຄຸ້ມກັນການເປັນຜູ້ທີ່ຮັບການຊ່ວຍຊຸບບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ການຄຸ້ມກັນຢູ່ໃນເຮືອນ. ມີ ບໍ່ມີ

ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ	ບ່ອນຢູ່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ	ເລກນະໂຍບາຍ	ເລກນະໂຍບາຍ	ນີ້ສິ້ນສຸດຂອງນະໂຍບາຍ
ເລກໂທຣະສັບ	ເລກປະຈຳກຸ່ມ	ເລກນະໂຍບາຍ	ເລກນະໂຍບາຍ	ນີ້ສິ້ນສຸດຂອງນະໂຍບາຍ

ວ່າວຽກງານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບ ໜ້າ 2		CSO/HCS		ເລກປະຈຳຕົວລູກສຳນວນ (CLID)
D. ມີເດັກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ທັນເກີດບໍ່ທີ່ຢູ່ໃນບ້ານຂອງທ່ານຊຶ່ງພໍ່ແມ່ຜູ້ບໍ່ໄດ້ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບ? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ຄວາມກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງດັ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:				
ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ແລະເລກໂທຣະສັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກປະກັນສັງຄົມ	ເດັກ (ທັງຫລາຍ)	ຄຳສັ່ງຂອງສານສຳຮັບການ ຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບ
				<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
				<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
E. ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນກຳໄລການຊ່ອຍເຫລືອຕ່າງໆຂອງທະຫານບໍ່? TRICARE <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ CHAMPVA <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຄຸນປະໂຫຍດຂອງນັກຮົບເກົ່າ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ				
ຖ້າມີ, ຊື່ຂອງຜູ້ຊ່ວຍຊີວິດ		ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ຊ່ວຍຊີວິດ		ເລກທວງຂອງນັກຮົບເກົ່າ
F. ທ່ານຫລີຄົນທີ່ຮ້ອງຂໍນີ້ເລີຍໄດ້ປະສົບຜົນສຳເລັດທີ່ຕ້ອງການຄວາມພະຍາຍາມດູແລບໍ່? <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຕ້ອງການ, ໃຫ້ຕື່ມສ່ວນຕໍ່ລົງໄປນີ້:				
1. ວັນເກີດອຸປະຕິເຫດ	2. ໃຫ້ໝາຍເອົາບ່ອນທີ່ອຸປະຕິເຫດນັ້ນໄດ້ເກີດຂຶ້ນ <input type="checkbox"/> ຢູ່ຮ້ານຄ້າ/ບ່ອນທຸຣະກິດ <input type="checkbox"/> ຢູ່ບ້ານ/ກັມມະສິດທີ່ດິນຂອງຄົນອື່ນ (ທັງຫລາຍ) <input type="checkbox"/> ຢູ່ບ່ອນອື່ນໆ: <input type="checkbox"/> ຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ຢູ່ຮີດ <input type="checkbox"/> ຢູ່ໂຮງຮຽນ <input type="checkbox"/> ຢູ່ບ້ານເຮືອນ			
a. ບ່ອນຢູ່ຂອງບ່ອນເກີດເຫດ (ຖານີເລກທີ, ເມືອງ, ແລະຮັດ): _____				
b. ໃຫ້ໝາຍເອົາຖ້າຄົນທີ່ຖືກເຈັບນັ້ນຫາກ <input type="checkbox"/> ຄົນຂັບ; <input type="checkbox"/> ຜູ້ໂດຍສານ; <input type="checkbox"/> ຄົນຍ່າງ; <input type="checkbox"/> ແຂກ; <input type="checkbox"/> ລູກຄ້າ; <input type="checkbox"/> ລູກຈ້າງ; <input type="checkbox"/> ຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນສະຖານທີ່				
c. ຮິດຄັນອື່ນມີສ່ວນຜິວພັນນຳບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີສ່ວນນີ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີສ່ວນນີ້ ຖ້າມີ, ໃຫ້ໄລຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງຄົນອື່ນທີ່ຖືກເຈັບຂອງຜ່າຍອື່ນ: _____				
3. ຊື່ (ຕ່າງໆ) ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກເຈັບໃນຕອນເກີດອຸປະຕິເຫດ		4. ອຸປະຕິເຫດເກີດໄດ້ແນວໃດ?		
ຊື່	ປະເພດຂອງການເຈັບປວດ			
5. ບໍລິສັດປະກັນໄພໃດໜຶ່ງໄດ້ມີສ່ວນຜິວພັນນຳບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ໃຫ້ບອກຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນ _____ ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງບໍລິສັດ:				
ເລກທວງປະກັນ	ເລກນະໂຍບາຍ	ຊື່ຂອງຜູ້ປ່ວງດອງສຳນວນ	ເລກໂທຣະສັບ	
6. ທ່ານໄດ້ປະກອບເອກະສານທວງຄ່າປະກັນສິນໃດບໍ່ສຳຮັບການເກີດອຸປະຕິເຫດນີ້? <input type="checkbox"/> ໄດ້ປະກອບ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ປະກອບ ຖ້າໄດ້ປະກອບ, ໃຫ້ບອກເລກທວງຄ່າປະກັນ (ຕ່າງໆ)				
ເລກທວງຂອງກົມແຮງງານແລະອຸສາຫະກັມ		ເລກທວງຂອງການປະກັນຕົວເອງ	ເລກທວງຂອງຜູ້ປະສົບເຄາະໃນຄະດີອາຊະຍາກັມ	ອື່ນໆ
7. ທະນາຍໄດ້ມີສ່ວນຜິວພັນນຳບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ໃຫ້ບອກຊື່ແລະເລກໂທຣະສັບ:				
ການທວງນັ້ນຍັງຄ່າຢູ່ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນີ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນີ້		ການທວງນັ້ນໄດ້ມີການແກ້ໄຂກັນແລ້ວບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ມີເທື່ອ ຖ້າມີແລ້ວ, ວັນທີໄດ້ແກ້ໄຂກັນ:		
8. ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນກຳໄລທົດແທນແນວໃດແຕ່ທາງດ້ານການປົວ, ການເງິນ ຫລືທ່ານຫວັງວ່າຈະໄດ້ຮັບຍ້ອນການຖືກເຈັບຂອງທ່ານນີ້? ໃຫ້ອະທິບາຍ:				
ຜ່ານນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ອະນຸຍາດການປ່ອຍຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ຈຳເປັນກ່ຽວກັບການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຫລືການຄຸ້ມກັນໃນທຸກນະໂຍບາຍຂອງການປະກັນໄພສຳຮັບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເປັນຜູ້ຮັບຜົນກຳໄລນຳ, ຫລືບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນ, ຕໍ່ກັມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣນະສຸກສຳຮັບບຸດປະສົງຂອງການປະສານງານກັນຂອງຜົນກຳໄລການຊ່ອຍເຫລືອຕ່າງໆທາງສຸຂະພາບແລະການພະຍາຍາມ. (ມາດຕຣາ (WAC 388-505-0540)				
ລາຍເຊັນ:		ວັນທີ		

ວິທີໃຊ້ບັດປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແລະບັດ (ປີ້) ເຫລືອພະຍາບານເພື່ອໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

Q: ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າມີປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນ, ແຜນເມດິເຄດຍັງຈະຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ຫລືບໍ່?

A: ຊ່ວຍ. ການມີບັດເມດິເຄດຮ່ວມກັບປະກັນໄພເອກະຊົນນັ້ນ, ມັນຈຶ່ງຊ່ວຍອີຫລີ. ໃນເມື່ອຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ເມດິເຄດ, ພວກເຮົາ ຈະຈ່າຍຄ່າຮ່ວມຈ່າຍ, ການຫັກອອກແລະການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ປະກັນໄພຂອງທ່ານບໍ່ຄຸ້ມກັນ.

Q: ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າມີປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແລະແຜນເມດິເຄດ, ແລ້ວຈະບອກທ່ານໜ້ອງຂ້າພະເຈົ້າຫລືຜູ້ໃຫ້ການພະຍາບານອື່ນວ່າແນວໃດ?

A: ສິ່ງສໍາຄັນກໍຄືໃຫ້ທ່ານໄປພົບໝໍທີ່ຮັບທັງປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແລະເມດິເຄດນໍາກັນ (ບັດ/ປີ້ຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານ). ເມື່ອທ່ານໄປພົບທ່ານໜ້ອງທ່ານ, ຫລືຜູ້ໃຫ້ການພະຍາບານອື່ນ (ອື່ນໆ), ໃຫ້ສະເໜີທັງບັດປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແລະບັດຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານໃຫ້ທັງສອງຢ່າງ. ໃຫ້ຖາມເຂົາເຈົ້າວ່າຈະຮັບບັດປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນຂອງທ່ານແລະຮັບບັດຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານໃຫ້ການຈ່າຍຮ່ວມ, ການຫັກຄ່າອອກ, ແລະການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ບໍ່ຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນໄພຂອງທ່ານ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ການປົວຂອງທ່ານບໍ່ຮັບການປະກັນໄພແລະເມດິເຄດຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄ່າການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບນັ້ນ.

Q: ຂ້າພະເຈົ້າຄວນຈະເຮັດແນວໃດ ຖ້າຫາກຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮັບປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນແລະບັດຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

A: ທ່ານຄວນຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ຮັບການປະກັນໄພແລະເມດິເຄດທັງສອງຢ່າງຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຕ້ອງໄດ້ໂທຫາບໍລິສັດປະກັນໄພຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ອຍຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

Q: ຖ້າປະກັນໄພເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຄຸ້ມກັນການບໍລິການເດ ຈະເຮັດແນວໃດ?

A: ທ່ານໜ້ອງທ່ານຈະສິ່ງໃບບິງເກັບເງິນກັບປະກັນໄພຂອງທ່ານກ່ອນ. ຖ້າການບໍລິການຕ່າງໆຫາກບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນໄພເອກະຊົນຂອງທ່ານ ແຕ່ຊໍາພັດຄຸ້ມກັນໂດຍເມດິເຄດ, ເຂົາເຈົ້າກໍຈະສິ່ງໃບບິງເກັບເງິນຈາກເມດິເຄດ. ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະບໍ່ມີບັນຫາໃດໆ, ໃຫ້ໝັ້ນໃຈສະເໜີວ່າຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວແກ່ທ່ານຈະຮັບບັດເມດິເຄດຂອງພວກເຮົາ ແລ້ວສິ່ງໃບເກັບເງິນນໍາເມດິເຄດ.

Q: ຂ້າພະເຈົ້າຈະເຮັດແນວໃດເພື່ອໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ?

A: ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນໃນເນື້ອງປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຈໍານວນຄ່າຈ່າຍປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ, ແລະມີກໍານົດຈ່າຍແລະທ່ານເອງບໍ່ ຫລືນາຍຈ້າງຂອງທ່ານເປັນຜູ້ຈ່າຍຄ່າປະຈໍາເດືອນ. ເມື່ອໃດພວກເຮົາຫາກໄດ້ຂໍ້ມູນເຫລົ່ານີ້ແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະ ບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພປະຈໍາເດືອນໃຫ້ທ່ານໄດ້ຫລືບໍ່.

Q: ຂ້າພະເຈົ້າຈະເຮັດແນວໃດເພື່ອໃຫ້ເມດິເຄດຈ່າຍຄ່າຈ່າຍຮ່ວມແລະຄ່າຫັກອອກຕ່າງໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

A: ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາ, ເພື່ອຄວາມແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາມີຂໍ້ມູນໃນເນື້ອງປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃນຄຸນເອກະສານແລ້ວ. ເລກຮະຫັດປະກັນໄພສີ່ຕົວຂອງທ່ານ ແມ່ນໄດ້ພິມໃວ້ຢູ່ໃນບັດຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານຂອງທ່ານ ພາຍໃຕ້ຊື່ຂອງ ປະກັນໄພ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະບອກໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຮູ້ວ່າຈະສິ່ງເອົາເງິນກັບບໍລິສັດປະກັນໄພແລະເພື່ອວ່າທ່ານຈະບໍ່ເປັນຄົນຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍ ຮ່ວມຫລືຈ່າຍຄ່າຫັກອອກຕ່າງໆ. ເມື່ອທ່ານຫາກໄດ້ຮັບການຄຸ້ມກັນບໍລິການຕ່າງໆຈາກເມດິເຄດ. ຖ້າຫາກມີຄໍາຖາມໃດໆໃນເນື້ອງນີ້, ໃຫ້ທ່ານຫລືຜູ້ໃຫ້ການດູແລແກ່ທ່ານໂທຫາພວກເຮົາໄດ້.

Q: ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຖາມໃຫ້ຈ່າຍຈໍານວນທີ່ແຕກຕ່າງຮວ່າງຈໍານວນທີ່ເມດິເຄດຈ່າຍແລະຈໍານວນທີ່ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສິ່ງໃບບິງເກັບເງິນເພື່ອເກັບ ເອົາເງິນ?

A: ບໍ່, ເມື່ອທ່ານໜ້ອງຫລາຍແລະຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວອື່ນໆຫາກເຮັດຮວ່າງຮ່ວມກັບເມດິເຄດ, ເຂົາເຈົ້າຕົກລົງຕາມຈໍານວນທີ່ເມດິເຄດຈ່າຍໃຫ້, ແລະບໍ່ສິ່ງເກັບເງິນນໍາທ່ານໃນ ຈໍານວນທີ່ແຕກຕ່າງໆໃດໜຶ່ງ. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນໃຫ້ຈ່າຍເງິນ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາທັນທີໂລດ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຄວນໄດ້ຮັບໃບໃຫ້ຈ່າຍເງິນສໍາຮັບການບໍລິການທີ່ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍເມດິເຄດ.

Q: ຖ້າການປະກັນໄພເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫາກສິ້ນສຸດລົງຫລືປ່ຽນແປງເປັນ, ຈະເຮັດແນວໃດ?

A: ມັນເປັນສິ່ງສໍາຄັນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ໂທຫາແລະບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ໃນທຸກການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມກັນປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະກວດກາເອກະສານຂອງທ່ານໃຫ້ທ່ວງທັນຕາມສະໄໝເວລາແລະທ່ານກໍຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານຈາກພວກເຮົາໂດຍຜ່ານເມດິເຄດຕາບໃດທ່ານຫາກຍັງມີເງື່ອນໄຂຢູ່.

Q: ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຫາກມີແຜນການປະກັນໄພດູແລຍາວນານ (LTC) ເດ ເມດິເຄດກໍຍັງຈະຊ່ວຍເຫລືອຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ບໍ່?

A: ແມ່ນແລ້ວ, ເມດິເຄດສາມາດຊ່ວຍທ່ານຈ່າຍຄ່າ LTC ຕ່າງໆແກ່ທ່ານເມື່ອທ່ານຫາກຢູ່ກັບບ້ານຂອງທ່ານເອງ, ຢູ່ບ້ານຊ່ວຍຊີວິດປະຈໍາວັນ, ບ້ານພັກສໍາຮັບຜູ້ໃຫຍ່, ຫລືບ່ອນອໍານວຍສະດວກການພະຍາບານ ຖ້າຫາກ ປະກັນໄພ LTC ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າທັງໝົດເຫລົ່ານີ້ໃຫ້. ຖ້າປະກັນໄພຫາກຈ່າຍໄປໃຫ້ທ່ານໂດຍກົງ, ທ່ານຕ້ອງສິ່ງເອົາຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພນັ້ນໄປໃຫ້ກິມສິ່ງຄົມສິ່ງເຄາະແລະສາທາຣນະສຸກ (DSHS).

- Q:** ເປັນຫຍັງຂ້າພະເຈົ້າຍັງຄວນຈະຮັກສາປະກັນໄພ **LTC** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຈຢູ່ໃນເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຫາກມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບເມດິເຄດແລ້ວ?
- A:** ມັນບໍ່ມີສິ່ງທີ່ຈະຮັບປະກັນໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບເມດິເຄດຢູ່ສະເໝີ. ທ່ານອາດໄດ້ຮັບແຫລ່ງຮາຍໄດ້ ເພີ່ມຫລືຊັບສິນທີ່ເປັນເຫດໃຫ້ເງື່ອນໄຂ ເໝາະສົມຂອງທ່ານນັ້ນໄດ້ຖືກລົ້ມເລີກຫລືທາງຮັຖສະພາອາດລຸດການລົງທຶນສໍາຮັບບາງໂຄງການ. ຖ້າທ່ານຫາກຍົກເລີກປະກັນໄພ **LTC** ຂອງທ່ານ, ທ່ານບໍ່ອາດຈະໄດ້ມັນຄືນມາອີກ. ການຊ່ອຍເຫລືອປະກັນໄພ **LTC** ຍັງຈະລຸດຊໍ່ຜູກມັດຕ່າງໆຕໍ່ຊັບສິນທີ່ດິນຂອງທ່ານເມື່ອທ່ານຫາກເສັຽຊີວິດລົງ.
- Q:** ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມຕ່າງໆແນວອື່ນອີກເດ, ຈະເຮັດແນວໃດ?
- A:** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມຕ່າງໆໃນເລື່ອງການປະກັນໄພສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ກະຮຸນາໂທຫາແຜນປະກັນໄພຂອງທ່ານໂດຍກົງໂລດ. ເພື່ອການຊ່ອຍເຫລືອເພີ່ມເຕີມ, ໃນ ການໃຊ້ບັນຊ່ອຍການພະຍາບານຮ່ວມກັນການປະກັນໄພເອກະຊົນຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາໃນເລກໂທຢູ່ລຸ່ມນີ້.

ໂທບໍ່ຄິດຄ່າ **1-800-562-6136** ການປະສານງານຂອງຜົນກໍາໄລການຊ່ອຍເຫລືອຕ່າງໆ.
ຈາກວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ **8:00** ເຊົ້າ ຫາ **4:30** ແລງ.